

**UNIVERSITE DE SAINT ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC**

ANNEE 2011

MEMOIRE CLINIQUE
DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE MEDECINE
GENERALE

Soutenu le 20 septembre 2011

Par **Julien FORTANE**

**ANALYSE D'UNE SITUATION CLINIQUE EN MEDECINE
GENERALE :**

**CONSULTATION DE LA PERMANENCE D'ACCES AU SOINS DE
SANTE (PASS) DE SAINT ETIENNE**

Julien Fortané
Né le 02 Mai 1983

SOMMAIRE

Lexique	
.....	3
Résumé de la consultation	
.....	4
Analyse de la consultation	
.....	6
Exploration biologique de la fonction thyroïdienne de l'adulte	7
Troubles de l'humeur chez l'adulte	9
Prise en charge du patient étranger : une approche socio- anthropologique des soins	
.....	11
La prévention quaternaire	
.....	13
Epilogue	
.....	15
Bibliographie	
.....	16

LEXIQUE

ATCD : Antécédent

TPO : Thyroéperoxidase

T3 : Tri-iodothyronine

T4 : Tétra-iodothyronine

HAS : Haute Autorité de Santé

EBM : Evidence Based Médecine

RESUME DE LA CONSULTATION

Mme T. que je vois pour la première fois est la dernière patiente de la consultation de la matinée. Je n'ai pas de retard et la matinée n'a pas été trop chargée.

Mme T. a 31 ans, elle est Algérienne et vient accompagnée de son mari. Elle est en France depuis mars 2005, elle ne parle quasiment pas français mais semble bien comprendre. Elle n'exerce aucune activité professionnelle, son mari est actuellement à la recherche d'un travail. Ils vivent seuls, sans enfant. Son seul antécédent (ATCD) est une fausse couche spontanée à 2 mois en 2008. Aucun ATCD familial. Elle a peu de suivi médical.

Au premier contact, le couple est sympathique et souriant. Le mari présente brièvement la situation : c'est l'assistante sociale qui s'occupe d'eux qui les a adressés, Mme T. ayant consulté de nombreuses fois en Algérie pour divers soucis de santé mais, « *les médecins n'ont jamais trouvé de quoi il s'agissait* ».

La patiente est réservée et parle peu. Je lui demande de m'exposer la situation. Son mari explique et traduit à ma demande. Il m'énonce, telle une liste de courses, les différents problèmes de sa femme que je lui fais préciser au fur et à mesure.

- Elle souffre depuis plusieurs années de céphalée chronique, unilatérale, surtout à droite, peu fréquente (une à trois fois par mois) mais intense, l'obligeant à s'isoler au calme et dans l'obscurité, durant parfois plusieurs heures. Le Paracétamol est parfois insuffisant.
- Elle présente une constipation importante avec ballonnement abdominal depuis dix mois, à raison d'une selle tous les trois jours.
- Elle est asthénique depuis un peu plus d'un an, avec une prise de poids de dix kilogrammes environ. Il n'y a pas d'arthralgie, ni de frilosité. L'appétit est conservé.
- Elle présente parfois des épisodes inexplicables d'œdème des jambes et des mains, et de résolution spontanée.
- Elle présente des dysménorrhées depuis 3 ans. Les cycles sont réguliers, de vingt-huit jours environ, sans ménorragie.

J'en profite pour faire le point sur le plan gynécologique : jamais de suivi, aucun frottis cervico-vaginal. Le couple m'explique alors leur difficulté à avoir des enfants. Le mari doit

d'ailleurs réaliser un bilan et me demande ce que j'en pense. J'explique que je préfère examiner sa femme avant de lui répondre. Je ne fais pas sortir le mari.

L'examen clinique retrouve une tension artérielle à 120/60, un pouls à 75 battements / minute, un poids de 79,8 kg. L'examen cardiovasculaire est normal ainsi que les examens pulmonaire et neurologique. L'abdomen est légèrement sensible mais souple et dépressible. La palpation thyroïdienne est normale.

Le couple attend un diagnostic. Concernant les céphalées, j'explique qu'il peut s'agir de migraine en insistant sur la bénignité de la chose et qu'il n'y a pas nécessité de pratiquer d'examens complémentaires. Concernant les autres symptômes, j'explique vouloir faire un bilan biologique afin d'explorer la fonction thyroïdienne en expliquant rapidement le rôle de celle-ci, notamment dans la difficulté à avoir des enfants.

Pour les règles douloureuses, elle me montre une boîte de Flurbiprofène 100 mg qu'elle utilise avec efficacité.

Au total, je prescris un bilan biologique avec numération formule sanguine, dosage de la Thyroïdostimuline (TSH) et de la créatininémie, et prescris Paracétamol 1000 mg, voire Ibuprofène 400 mg si efficacité insuffisante sur les céphalées, Lactulose 1 sachet / jour ainsi que les règles alimentaires de base, et Flurbiprofène 100 mg pour les règles (en expliquant de ne pas utiliser Ibuprofène et Flurbiprofène en même temps, mais de préférer l'Ibuprofène seul en cas de migraine et de dysménorrhées concomitantes).

Je termine en insistant sur l'intérêt d'un suivi gynécologique, notamment la réalisation d'un frottis. La patiente est gênée ; je lui précise donc que si elle le souhaite, cet examen peut être réalisé par une femme. Je lui propose d'y réfléchir et d'en reparler la prochaine fois.

Lors de la seconde consultation, 15 jours plus tard, la situation est la suivante : TSHus = 0,19 mUI/l (normes 0,4 - 4 mUI/l), NFS et créatininémie normales. La patiente est toujours constipée, mais ne prend qu'occasionnellement son traitement. Elle n'a pas eu de crise de migraine.

Je commente les résultats biologiques et explique la nécessité d'approfondir le bilan. La patiente est inquiète et demande si cela est grave. Je réponds que probablement non mais que pour pouvoir l'affirmer, il est nécessaire de faire une autre prise de sang.

L'examen clinique reste inchangé et j'explique à nouveau que la prise du Lactulose doit être quotidienne pour être efficace.

Je prescris un nouveau bilan biologique : Tétraiodothyronine (T4L), tri-iodothyronine (T3L), anticorps anti thyroïdopéroxydase (TPO), anticorps antirécepteur de la TSH, thyroglobuline et nouvelle TSH.

Une semaine plus tard, les résultats sont les suivants : TSHus= 0.16mUI/L, hormones périphériques et anticorps strictement normaux, thyroglobuline normale. La patiente est très inquiète pour sa thyroïde. Je la rassure en lui expliquant que finalement sa glande fonctionne normalement, qu'il faudra seulement la contrôler dans 3 mois et qu'il s'agit d'une simple hyperthyroïdie infraclinique.

Je l'interroge ensuite sur son moral. C'est son mari qui répond la plupart du temps à sa place : elle est souvent angoissée, mais depuis toujours ; pense beaucoup à la famille ; s'endort facilement mais se réveille souvent et donc dort peu (4 à 5 heures par nuit) ; a bon appétit ; est parfois triste mais prend plaisir à faire les choses du quotidien ; n'a pas d'idée suicidaire et a peu confiance en elle (« elle est timide »). Le mari m'explique que leur mariage a été mal vu par la famille, qu'ils sont victimes de mauvais sorts jetés par des proches et que par la suite elle a fait une « crise » puis « une sorte de dépression ». Depuis leur arrivée en France ils se sentent assez isolés.

J'explique que je ne la trouve pas dépressive mais qu'il faut corriger ses troubles du sommeil, dus essentiellement à de l'anxiété. Mme T. me signale qu'en Algérie, les médecins avaient dit qu'elle avait un gros colon (imagerie à l'appui).

Finalement je conclus en expliquant que la thyroïde n'explique pas ses troubles, mais qu'il faudra néanmoins contrôler la TSHus dans 3 mois que la constipation est probablement due à son mégacôlon et que la fatigue résulte de ses troubles du sommeil. Enfin, concernant sa difficulté à avoir des enfants, je lui explique qu'elle n'est certainement pas stérile, puisqu'elle a déjà eu une grossesse et qu'il faut donc attendre le bilan de son mari. Je précise que les troubles de l'humeur peuvent parfois avoir des conséquences sur la fertilité.

Elle me reparle du bilan gynécologique et précise qu'elle préfère une femme pour l'examen. Je lui dis de prendre RDV avec le Dr. R, à qui je transmettrai le dossier.

Je lui prescris un traitement par Alprazolam 0,25 mg au coucher et renouvelle le Lactulose pour 1 mois. Je lui propose de la revoir à l'issue. Elle semble rassurée, mais reste inquiète pour sa fonction thyroïdienne.

ANALYSE DE LA CONSULTATION

Plusieurs problématiques font suites à ces consultations, la prise en charge de Mme T. s'étant révélée complexe à plusieurs niveaux.

Tout d'abord une demande « pesante » de soins noyée dans un ensemble de symptômes avec le poids ou la responsabilité de répondre là où les autres n'ont pas « su » le faire.

L'élaboration d'une hypothèse diagnostique et son exploration para-clinique : la dysfonction thyroïdienne.

La recherche de troubles de l'humeur et la difficulté de faire la part entre le normal et le pathologique.

L'intégration et la prise en considération des phénomènes socio-culturels de la patiente permettant de comprendre et de répondre à sa demande.

Les limites de notre champ d'action médical : la tendance à la surmédicalisation.

Finalement, nous organiserons notre réflexion autour de quatre axes principaux :

- l'exploration biologique thyroïdienne de l'adulte,
- les troubles de l'humeur chez l'adulte,
- la prise en charge socio-anthropologique du patient étranger
- et la question de la prévention quaternaire.

Ces quatre axes de réflexion rendent bien compte du rôle du médecin généraliste qui est de considérer et de soigner l'individu selon une analyse organique (ou biologique), psychologique et socio-culturelle, tout en ayant un regard critique sur sa pratique pour appliquer une médecine fondée sur l'individu dont le but initial est de ne pas nuire.

EXPLORATION BIOLOGIQUE THYROIDIENNE CHEZ L'ADULTE

Dans quelle situation demander le dosage de la TSH ?

Le dosage isolé de la TSH ne peut être considéré comme un examen de dépistage systématique pour le diagnostic de pathologie. Il n'y a pas lieu de prescrire un dosage d'hormone thyroïdienne dans le cadre de bilans biologiques effectués chez des patients asymptomatiques et sans aucun ATCD thyroïdien (1)

Les signes devant faire évoquer une dysthyroïdie sont d'une part pour l'hypothyroïdie :

- les syndromes d'hypométabolisme (asthénie physique et psycho-intellectuelle, somnolence, hypothermie, frilosité, constipation, bradycardie, prise de poids modeste, anorexie)
- les syndromes neuromusculaires souvent précoces (syndrome du canal carpien, crampes musculaires et myalgies, enraidissement musculaire)
- et les syndromes cutanéomuqueux (peau pâle ou jaunâtre, cyanose des lèvres, peau sèche, diminution de la transpiration, dépilation, infiltration de la face dorsale des mains et des paupières, voix rauque, hypoacousie, macroglossie, ronflements). (2)

D'autre part pour l'hyperthyroïdie :

- troubles cardiovasculaires quasi constants (tachycardie régulière, sinusale, éréthisme cardiaque, pouls vibrant, élévation de la PA systolique, parfois œdème des membres inférieurs)
- troubles neuropsychiques (nervosité excessive, agitation psychomotrice, labilité de l'humeur, tremblement fin et régulier des extrémités, fatigue générale)
- thermophobie, amaigrissement, augmentation de la fréquence des selles (avec parfois diarrhée motrice), amyotrophie. (3)

Quels examens en première intention ?

Dans les deux cas, hypo ou hyperthyroïdie, l'examen initial de référence est le dosage de la TSH.

-Devant une suspicion d'hypothyroïdie seul un dosage de la T4L est indiqué (la T3L est inutile car il s'agit du dernier dosage qui sera perturbé). En seconde intention un dosage des anticorps anti-TPO (thyroïdite chronique lymphocytaire ou de Hashimoto) (4).

- Devant une suspicion d'hyperthyroïdie, il convient en deuxième intention de doser la fraction libre l'hormone périphérique T4 (T4L) et éventuellement T3L si T4L est normale. Si les T4L (et T3L) sont élevés il faut alors faire une recherche étiologique : Anticorps anti-TPO (hyperthyroïdie auto-immune), Anticorps antirécepteurs de la TSH (maladie de Basedow). Le dosage de la thyroglobuline est indiqué seulement s'il existe un doute de thyrotoxicose factice par apport exogène, sous réserve d'une recherche d'auto anticorps négative. (4), (5), (6).

Le dosage de la calcitonine n'a aucun intérêt diagnostique sauf s'il existe une suspicion clinique ou para clinique de cancer médullaire de la thyroïde.

Le cas de Mme T.

L'association des symptômes d'asthénie, de prise de poids, de constipation et d'infertilité nous ont conduit à rechercher une hypothyroïdie. La première question qui se pose est : avons-nous assez d'arguments pour rechercher une hypothyroïdie ?

Les premiers signes sont les symptômes d'hypométabolisme, neuromusculaires souvent précoces et cutanéomuqueux.

Chez cette patiente, les seuls éléments cliniques présents, pouvaient être expliqués par d'autres causes, qui ont été mises en évidence ultérieurement (mégacôlon et trouble de l'humeur). Ainsi nous pouvons nous demander si la demande de TSH en première intention était bien légitime ?

La découverte d'une TSH basse nous a donc amené à reconsidérer notre première hypothèse diagnostique et à organiser l'exploration d'une hyperthyroïdie. La découverte d'une TSH anormale isolée sans signe clinique franc ne permet pas d'affirmer le diagnostic et impose une exploration plus précise.

Dans notre prise en charge, la recherche de l'hormone périphérique T3 en deuxième intention (après découverte TSH élevée) n'a montré aucun intérêt, ainsi que la thyroglobuline.

Au final, cette exploration thyroïdienne restait tout de même légitime. Nous ne pouvons ignorer cette hypothèse devant le tableau d'une femme présentant une hypofertilité, une asthénie, une constipation ainsi qu'une prise de poids.

Après le dosage de la TSHus, seul un premier dosage de T4L puis T3L et des anticorps anti-TPO aurait été utile.

TROUBLES DE L'HUMEUR CHEZ L'ADULTE

Diagnostic de la dépression chez l'adulte

Les critères majeurs de dépression selon le DSM IV sont une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée et quasiment de façon quotidienne, persistante pendant au moins 2 semaines, une anhédonie et une réduction de l'énergie ou une augmentation de la fatigabilité.

Les critères mineurs sont la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi, le sentiment injustifié de culpabilité excessive ou inappropriée, les idées suicidaires récurrentes, la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, une agitation ou un ralentissement, une perturbation du sommeil et, une modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Une dépression ne peut être identifiée qu'en présence d'au moins deux critères majeurs ou de quatre critères mineurs. (7)

Une autre attitude, encore non validée, mais ayant fait l'objet d'un groupe de recherche aurait consisté à poser deux questions simples : « au cours du dernier mois, avez-vous perdu tout intérêt et plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement ? Avez-vous perdu votre entrain, ou vous sentez-vous inexplicablement fatigué ? (ou vous sentez-vous déprimé ?)» (7)

L'intensité d'un épisode dépressif est qualifiée de léger, modéré ou majeur selon le nombre de symptômes dépressifs et l'intensité de l'altération du fonctionnement de l'individu concerné.

Les troubles anxieux chez l'adulte

Les principaux troubles anxieux pathologiques de l'adulte sont le trouble anxieux généralisé (TAG), les phobies (sociales, simples ou spécifiques), le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et les troubles paniques. Le trouble de l'adaptation et l'état de stress post-traumatique sont à considérer à part, mais sont reconnus comme des troubles anxieux. (8)

Nous nous intéresserons principalement au TAG et au trouble de l'adaptation, qui ont été les deux principaux doutes diagnostiques dans notre cas.

-critères du TAG : anxiété sévère / soucis excessifs, incontrôlables, chroniques avec impression permanente de nervosité pendant une durée d'au moins 6 mois ; associés à 3

symptômes sur les 6 de tension motrice (fatigue, tension musculaire, agitation ou surexcitation) et d'hypervigilance (difficultés de concentration, troubles du sommeil, irritabilité). (8)

- trouble de l'adaptation : apparition de symptômes émotionnels ou comportementaux cliniquement significatifs, sans pour autant remplir les critères diagnostiques d'autres troubles anxieux ou de l'humeur ou des conduites. Le caractère pathologique du trouble se manifeste par une souffrance marquée ou bien par une altération du fonctionnement social et / ou professionnel, plus importante que celle qui était attendue compte tenu de la nature et de l'intensité du facteur de stress. Les facteurs de stress les plus régulièrement retrouvés sont néanmoins communs (difficultés scolaires ou sociales, problèmes familiaux ou sentimentaux, difficultés professionnelles, usage de toxiques, ...) (8)

Le cas de Mme T.

Chez Mme T. nous n'avons exploré les troubles de l'humeur qu'en seconde intention. L'élimination d'une pathologie organique nous a conduit à l'interroger sur ce terrain. Il s'agissait de déterminer si elle présentait une pathologie dépressive ou bien un trouble anxieux.

L'exploration par le simple interrogatoire a été difficile compte tenu de la traduction du mari et de son interprétation. L'épisode dépressif ainsi que de la « crise » au pays restaient très présents lors de l'interrogatoire. De plus nous n'avons pas eu le sentiment d'entendre réellement le point de vue de la patiente.

Dans cette situation, les simples questions citées plus haut (« au cours du dernier mois, avez-vous perdu tout intérêt et plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement ? Vous sentez-vous déprimé ? ») auraient minimisé le risque d'interprétation de la tierce personne et auraient permis un diagnostic simple que parfois pléthore de questions rend plus difficile dans le domaine psychiatrique.

Concernant les troubles anxieux de la patiente, il s'agissait de définir si l'ensemble des symptômes atteignait le seuil pathologique du trouble et constituaient en soi une réelle pathologie. Plus simplement il s'agit de faire la différence entre anxiété normale et pathologique.

Il est clair que dans notre cas de figure aucun de ces troubles ne correspond au profil de notre patiente, notamment le TAG. Elle présente certainement une personnalité anxieuse sans que l'intégralité des symptômes ait des conséquences graves ou handicapantes sur sa vie sociale et physique.

A notre sens seul les troubles du sommeil nécessitaient un traitement et dans un premier temps la correction de ceux-ci était suffisante.

Les symptômes anxieux isolés ou ne correspondant pas à un trouble anxieux caractérisé ne sont pas une indication à un traitement antidépresseur. (9)

Ces troubles n'étant pas caractérisés par une difficulté d'endormissement mais par des réveils multiples dues aux angoisses, le choix d'un anxiolytique nous a paru plus judicieux.

LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ETRANGER : une approche socio-anthropologique des soins

Notre but n'est pas de réfléchir à la prise en charge médicale du patient étranger ou migrant, mais plus de nous pencher sur les considérations socio-anthropologiques nécessaires pour mieux comprendre la demande des patients. La médecine est une science humaine véritable. Autant l'approche purement scientifique au sens quasiment mathématique est nécessaire, autant l'approche socio-anthropologique reste indispensable pour comprendre l'individu dans son ensemble. Ces considérations sont bien évidemment applicables dans n'importe quelle consultation (concernant des étrangers ou non), mais revêt il nous semble un aspect plus important dans le cadre de consultation transculturelle.

La maladie revêt trois dimensions. Nous distinguons le « disease », « illness » et « sickness » comme la maladie physique, psychologique et socio-culturelle. Les deux premières sont habituellement intégrées en médecine générale, cependant la dimension socio-culturelle est souvent difficile à saisir. La difficulté réside tant dans le peu de connaissance des caractéristiques socio-culturelles de l'individu, tant dans le piège de l'interprétation voire de la stigmatisation.

La formation universitaire médicale ne permet pas toujours aux soignants d'aborder la complexité des dimensions culturelles et sociales des individus. L'anthropologie des soins cherche à aider les professionnels à développer leur aptitude à l'écoute et à l'observation. Il est impossible de connaître en détail l'infinie variété des cultures, ou de gérer au quotidien la complexité des ressentis des patients. L'idéal est plutôt d'être conscient de ces variétés, et de la manière dont elles peuvent affecter les pratiques de santé et le rapport au corps de celui qui souffre.

Dans l'histoire de Mme T. nous comprenons bien qu'il existe plusieurs traumatismes. Le conflit familial autour de son couple, le départ de son pays natal et la rupture avec ses repères culturels, l'isolement dans un pays étranger dont elle ne maîtrise que très peu la langue, et la difficulté à procréer (et probablement l'interruption involontaire de sa grossesse) qui renvoie directement à son identité de femme.

La rupture de la patiente avec son tissu familial, qui lui-même se serait opposé à la création de sa propre famille (contestation du couple) peut être vécue comme un véritable traumatisme identitaire. Ce traumatisme est renforcé par l'intervention « maléfique » des mauvais sorts dont elle fut victime.

Enfin la difficulté à avoir des enfants se surajoute, ou voire même pourrait conforter la position de la famille. La perte de tous ces repères et l'arrivée dans une société qui n'est pas la

sienne est probablement difficile. La preuve en est qu'après 6 ans la patiente est peu intégrée dans cette nouvelle vie (isolement, non maîtrise de la langue).

Dès la première consultation nous sentons bien que la question de la fertilité était sans doute la plus importante. Cependant à travers les maux multiples énoncés par la patiente et sa demande de découverte d'une « maladie » ou d'une dysfonction organique, nous pouvons penser qu'elle attribue son problème à une cause extérieure, ou en tout cas indépendant de sa volonté (comme un mauvais sort par exemple). Finalement le but initial de ces consultations aura été de trouver ou réfuter cette hypothèse. D'autre part il était difficile d'aborder le thème gynécologique puisque la patiente ne souhaitait pas le faire avec un homme. Elle précisera d'ailleurs son souhait d'être prise en charge par une femme pour ce cadre-là.

Il faut néanmoins rester prudent dans l'approche culturelle des soins. Le risque est d'enfermer l'individu dans une identité invariable qui les déterminerait totalement. Le syndrome méditerranéen en est un bon exemple. On ne peut pas attribuer la totalité des attitudes humaines par le seul biais de la culture en oubliant qu'elles n'existent qu'à travers des personnes qui la vivent. Appliquer de façon trop rigide ses propres systèmes de classification peut déboucher sur des interprétations et provoquer des souffrances inutiles (non reconnaissance du trouble et de la souffrance, ou à l'inverse surmédicalisation). Cette attitude peut participer à l'aggravation de l'état de santé des patients et nuire à la qualité des relations entre médecin et patient.

La relation personnelle à la maladie et à la souffrance, ne met donc pas face à face une culture et un ensemble de lésions, mais elle résulte de l'histoire unique d'un individu, même si la connaissance de son origine de classe, de son appartenance culturelle, de sa confession donne des indications précieuses sur son ressenti et sa demande.

Anne Vega, anthropologue dit qu'il faut « devenir un ignorant attentif aux autres et encore plus à soi-même ».

(10), (11), (12)

LA PREVENTION QUATERNAIRE

La définition acceptée lors du congrès de la WONCA en juin 1995 est la suivante: *action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures scientifiquement et éthiquement acceptables.* (13)

Dans le cadre de notre consultation, ce sont les investigations centrées sur la fonction thyroïdienne qui nous ont amené à nous questionner sur la prévention quaternaire. La demande de la patiente de découvrir ce qui n'allait pas, alors qu'elle avait déjà consulté d'autres médecins qui « n'avaient rien trouvé », nous a poussé à chercher une maladie passée jusqu'à lors inaperçue. Même si l'exploration thyroïdienne était justifiée, la relecture de ces consultations m'a invité à m'interroger sur le bien-fondé de notre pratique (diagnostique et thérapeutique)

L'hypothyroïdie touche 0,4 à 2% de la population (14) et l'incidence est de 4,1% des femmes adultes. (15)

Si l'on retrace la chronologie de ces troubles, on constate que la plupart évoluait depuis presque un an et l'infertilité depuis la fausse couche il y a 3 ans. Autrement-dit la probabilité qu'une hypothyroïdie évolue depuis le début de ces symptômes, sans qu'il y ait de signes cliniques évocateurs à l'heure actuelle, est très faible.

Nous pouvions aussi envisager une hypothyroïdie frustre qui justifiait le dosage de TSH.

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise que « *l'hypothyroïdie fruste est souvent suspectée d'être la cause de signes cliniques variés, ce qui engendre de nombreuses prescriptions biologiques et thérapeutiques, sans justification clairement établie* ». Elle ne recommande pas de dépistage dans la population générale mais seulement un dépistage ciblé en cas de risque d'hypothyroïdie avéré (femme > 60 ans et facteurs de risque). (16)

Ce « dépistage » n'a donc pas été contributif et a été anxiogène pour la patiente. Il nous a d'ailleurs conduit à repousser l'évaluation de l'état psychologique de la patiente qui était sans doute le point central de la consultation.

Même s'il a permis de découvrir une anomalie biologique aboutissant à l'hypothèse d'une hyperthyroïdie infraclinique, là encore, dans le cas de notre patiente, aucun traitement n'est indiqué (17) (il n'y a pas d'impact sur la densité osseuse des femmes non ménopausées (18), ni d'impact sur le plan neuropsychologique (19) et le risque d'évolution vers une forme patente d'hypothyroïdie et ses conséquences cardiovasculaire est à considérer chez la personne de plus de 60 ans avec une TSH < 0,1 mUI/l (17))

La prévention quaternaire est donc une façon d'interroger et de comprendre les limites scientifiques et éthiques de notre travail. C'est un nouveau terme pour un concept ancien : primum, non nocere.

Une autre illustration de prévention quaternaire apparaît à la relecture de ce dossier : c'est le traitement de la constipation. Dans le cas de notre patiente, elle avait un mégacôlon. Elle aura donc des problèmes de transit à vie. Doit-elle pour cela prendre en traitement à vie ? D'autant qu'il n'y a aucun risque vital. Dans notre cas, la prescription de laxatifs en première intention n'était pas clairement justifiée

Les mesures hygiéno-diététiques sont recommandées en première intention dans le traitement de la constipation chronique de l'adulte même si leur impact réel est modeste chez beaucoup de patients (accord professionnel). (20)

Contrôler l'anxiogénèse de la consultation et appliquer si possible les connaissances adéquates, comme par exemple les recommandations Evidence Based Médecine (EBV), sont les deux processus déterminants la prévention quaternaire.

La connaissance de la valeur prédictive positive des tests diagnostiques, de la probabilité des effets de taille, des bénéfices et danger des traitements, ainsi que des mesures préventives, nous autorise à abandonner de nombreux actes médicaux inutiles.

Les médecins ont à apprendre que parfois, même si c'est difficile, il est mieux de ne rien faire et d'arrêter des investigations sans fin à la recherche de la maladie rare dont la prévalence en soins primaires est quasi nulle.

L'idée est de détecter les patients à risque d'excès de procédures médicales et de leur offrir une alternative acceptable

C'est la connaissance et non la méfiance qui fait le socle de la prévention quaternaire.

(21), (22), (23)

EPILOGUE

Je n'ai pas encore revu Mme T., elle a rendez-vous dans quelques semaines. Nous pourrons alors faire le point sur la situation et contrôler sa TSH comme il était prévu.

Cette prise en charge m'a permis d'explorer le champ complexe de la médecine générale. Il faut savoir gérer un individu dans son ensemble, répondre à ses demandes, explicites ou non. La tâche n'est pas toujours aisée. Nous devons composer avec les croyances de nos patients et les nôtres, prescrire des examens à bon escient, élaborer des hypothèses en tenant compte de l'individu et de l'incidence des maladie à grande échelle.

Notre responsabilité en tant que médecin n'est pas uniquement envers le patient mais aussi envers la société en termes de santé publique. Devons-nous prescrire un examen pour rassurer notre patient et par la même apaiser sa souffrance morale, ou devons-nous réfléchir de façon statistique avec des probabilités médicalement établies ?

Finalement c'est bien à ce croisement, entre patient, science et nous même que se situe la médecine générale. Elle est une science qui évolue au fil du temps, ancrée dans un système de soins mais qui doit avant tout rester humaine.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Références Médicales Opposables, thème 13.
<http://www.sfdermato.com/services/tele-chargement-services/rmo.pdf>. Consulté le 24/07/2011
- 2- Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques, item 248 Hypothyroïdie, mise à jour mars 2010.
<http://www.fascicules.fr/data/consulter/endocrino-polycopie-hyperthyroidie.pdf>. Consulté le 24/07/2011
- 3- Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques, item 246 Hyperthyroïdie, mise à jour septembre 2006.
<http://www.fascicules.fr/data/consulter/endocrino-polycopie-hyperthyroidie.pdf>. Consulté le 24/07/2011
- 4- Agémi B. *Exploration biologique de la fonction thyroïdienne : L'indispensable, le confortable, le superflu*. Revue de l'ACOMEN, 2000, vol.6, n°1
- 5- Agence Nationale d'Accréditation en d'Evaluation en Santé (ANAES), service des Recommandations et Références Professionnelles. Diagnostic et surveillance de l'hyperthyroïdie de l'adulte. Février 2000.
- 6- Meurisse M., Gollogly L., Degauque C., Fumal I., Defechereux T., Hamoir E. *Iatrogenic thyrotoxicosis : causal circumstances, pathophysiology, and principles of treatment - review of the literature*. 2000
- 7- Agence Nationale d'Accréditation en d'Evaluation en Santé (ANAES), service des Recommandations et Références Professionnelles. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Mai 2002
- 8- Polycopié national du collège des enseignants de psychiatrie, N°41, trouble anxieux et trouble de l'adaptation, mise à jour 2007.
<http://www.fascicules.fr/data/consulter/psychiatrie-polycopie-troubles-anxieux-phobique-obsessionnel-adaptation.pdf>. Consulté le 28/07/2010
- 9- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSAPS). Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Octobre 2006
- 10- Comité Médical pour les Exilés (COMEDE). *Migrants/étranger en situation précaire, prise en charge médico-psycho-sociale. Exil et santé*. Edition 2008

- 11- Société française de médecine générale (SFMG). Sociologie et anthropologie : quels apports pour la médecine générale. Document de recherche en médecine générale novembre 2007 n°64
- 12- Vega A. *Soignants-soigné, approche anthropologique des soins*. Edition Deboeck- Université, Paris, 2001
- 13- M. Jamouille and M. Roland, *Quaternary prevention and the glossary of general practice/family medicine*, (Poster, Hongkong Wonca congress proceedings, 6 – 9 June, 1995)
- 14- Wémeau JL. *Revue du Praticien*. 2002 ; 52 : 423
- 15- Whickam survey. Summaries for Patients from *Clinical Thyroidology March & April 2010*
- 16- Haute Autorité de Santé (HAS), synthèse de recommandations professionnelles. Hypothyroïdies frustrées chez l'adultes : diagnostic et prise en charge. Avril 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hypothyroidie_fruste_-_synthese_vf.pdf. Consulté le 05/08/2011
- 17- Bellaton A. et Burnot C. L'hyperthyroïdie infraclinique : pour ou contre le traitement. Données de Cooper et al, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2007
- 18- Bellaton A. et Burnot C. L'hyperthyroïdie infraclinique : pour ou contre le traitement. Données de Faber et al. *European journal of endocrinology*. 1994;130: 350-356
- 19- Bellaton A. et Burnot C. L'hyperthyroïdie infraclinique : pour ou contre le traitement. Données de l'étude Schlote B et al. *Biological psychiatry. Journal of the American Medical Association*. 2004.291:2:228-238
- 20- Pichet T., Dapoigny M., Bouteloup C., Chassagne P., Coffin B., Desfourneaux V., Fabiani P., Fattouh B., Flamenbaum M., Jacquet A., Luneau F., Mion F., Moore F., Riou D., Senejoux A. *Recommandations pour la pratique clinique dans la prise en charge et le traitement de la constipation chronique de l'adulte*. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:125-135
- 21- Jamouille M. *Prévention quaternaire: D'abord, ne pas nuire*. 11ème Congrès de la Sociedade de Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasília, 23-26 Juin 2011
- 22- Kuehlein T., Sghedoni D., Visentin G., Gérvas J., Jamouille M. *La prévention quaternaire une tâche du médecin généraliste*. *PrimaryCare* 2010;10: no 18 : 350-353
- 23- Jamouille M. *De la prévention chronologique à la prévention relationnelle; la prévention quaternaire comme tâche du médecin de famille* Les Rencontres Prescrire "Pour des soins de qualité accessibles » Bruxelles, 28 et 29 mai 2010

